

国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(前高)
(受付印)

保険証記号番号	2 1 - - -	
フリガナ		
受給者氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
個人番号		
長期入院	該当・非該当	

この下は、長期入院の方のみ記入してください。
※長期とは、申請日1年以内に90日を越える入院をいいます。(通算できます)

		入院日数合計		日間
①	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日	～ 平成・令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地		
②	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日	～ 平成・令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名称 所在地		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額の申請をします。
なお、資格の判定にあたっては、非課税証明書を添付する代わりに公簿等により調査することに同意します。

令和 年 月 日 丁 -

住所 足立区

(申請者)

(提出先) 世帯主 氏名
足立区長

届出人氏名 続柄 ()

届出人住所

電話 ()

※以下の欄は記入しないでください。

確認事項	1. 公簿等 (国保・課税) 2. 課税証明書 3. その他 ()		
認定年月日	令和 年 月 日	判定	低所得 I 低所得 II 現役並 I 現役並 II
却下年月日・理由	令和 年 月 日	理由	
長期入院	1. 該当 (令和 年 月 日) 2. 非該当		
確認資料 運転免許証・保険証・住基カード・その他 ()		
○チェックリスト			
<input type="checkbox"/> 保険証 (□郵送対応) <input type="checkbox"/> 国保資格有 <input type="checkbox"/> 税申告状況確認済 <input type="checkbox"/> 所得区分確認済 <input type="checkbox"/> 第三者行為無 <input type="checkbox"/> 労災・給付制限無 <input type="checkbox"/> 記入の不備無 (□準要保護該当証明書)			

受付		確認		入力		点検	
----	--	----	--	----	--	----	--

内見本

(前高)
(受付印)

保険証記号番号	21 - - -	
フリガナ		
受給者氏名	必要な人の名前 (入院している人・入院を予定している人)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
個人番号		
長期入院	該当・非該当	

この下は、長期入院の方のみ記入してください。

※長期とは、申請日1年以内に90日を超える入院をいいます。(通算できます)

		入院日数合計	日間
①	申請日の前1年間の入院日数	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日	日間
	入院した保険医療機関等	名 所在	長期入院 (1年以内に90日以上 の入院がある) の場合のみ記入してください
②	申請日の前1年間の入院日数	平成・令	日間
	入院した保険医療機関等	名 所在地	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険限度額適用・標準負担額減額の申請をします。

なお、資格の判定にあたっては、非課税証明書を添付する代わりに公簿等により調査することに同意します。

令和 年 月 日

住所 足立区

(申請者)

世帯主氏名

世帯主氏名を
書いてください

(提出先)
足立区長

届出人氏名

続柄 ()

届出人住所

電話

()

※以下の欄は記入しないでください。

確認事項	1. 公簿等 (国保・課税)	2. 課税証明書	3. その他 ()
認定年月日	令和 年 月 日	判定	低所得 I 低所得 II 現役並 I 現役並 II
却下年月日・理由	令和 年 月 日	理由	
長期入院	1. 該当 (令和 年 月 日) 2. 非該当		
確認資料	……… 運転免許証・保険証・住基カード・その他 ()		
○チェックリスト			
<input type="checkbox"/> 保険証 (□郵送対応)	<input type="checkbox"/> 国保資格有	<input type="checkbox"/> 税申告状況確認済	<input type="checkbox"/> 所得区分確認済
<input type="checkbox"/> 第三者行為無	<input type="checkbox"/> 労災・給付制限無	<input type="checkbox"/> 記入の不備無	(<input type="checkbox"/> 準要保護該当証明書)

受付		確認		入力		点検	
----	--	----	--	----	--	----	--